

A agonia da saúde brasileira

Em 1984, o Brasil teve 400 mil casos de malária. Nas áreas metropolitanas, 80 em cada 1 mil crianças morrem com menos de um ano. E há números mais assustadores. O País está doente

A saúde da população tem sido uma das áreas mais esquecidas pelo Poder Público nos últimos anos. Enquanto, pelos padrões internacionais, a média de consulta médica por habitante é de 6 ao ano, no Brasil atinge apenas 2 consultas nas populações urbanas e 1,4 nas áreas rurais; a mortalidade infantil nas áreas metropolitanas no Brasil é de 80 crianças com menos de 1 ano por 1000 nascimentos; em 1984, foram registrados 400 mil casos de malária, a maioria na Amazônia. Ao lado das doenças típicas do subdesenvolvimento,

hoje, no Brasil, as doenças cardiovasculares, o câncer e a violência são as principais responsáveis pelos óbitos nos grandes centros urbanos. Mesmo essas "doenças do desenvolvimento" atingem de forma mais intensa e grave as populações mais pobres.

Para lidar com esses múltiplos problemas o Ministério da Saúde dispôs em 1985 de Cr\$ 1,7 trilhões, o que corresponde a menos de 2% do orçamento da União. Enquanto isto, o INAMPS para a assistência tem previstos Cr\$ 12 trilhões. Os dois orçamentos somados correspondem a

4% do PIB, que é um dos menores gastos com saúde encontrados no mundo.

O Especial do JORNAL DO BRASIL reuniu especialistas e políticos que atuam na área da saúde para discutir o problema:

Euclides Scalco — Deputado federal, PMDB-PR, e atual Chefe da Casa Civil do Governo do Paraná e ex-Presidente da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados;

Carlos Santana — Deputado federal, PMDB-BA e coordenador do grupo parlamen-

tar que elaborou a proposta de saúde para o Governo Tancredo Neves;

Ubaldo Dantas — Prefeito da cidade de Itabuna (BA) e ex-Secretário de Saúde do Governo da Bahia;

Dr. José Noronha — secretário — executivo da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) da cidade do Rio de Janeiro;

Prof. Hésio Cordeiro — diretor do Instituto de Medicina Social da UERJ e Consultor da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).



Hésio Cordeiro — Quais as medidas a serem tomadas na área da saúde nos 100 primeiros dias do Governo Tancredo Neves? Como atenuar as carências neste setor das populações de menor renda? Essas são as perguntas que são feitas pela população que assiste ao gasto crescente com a saúde e a assistência, sem que haja uma contrapartida de qualidade e eficiência nestes setores do serviço público.

Ubaldo Dantas — Um dos pontos essenciais nesta questão refere-se não diretamente à saúde ou à cura de doenças. O problema básico encontra-se na reformulação geral de toda uma política de produção. Não se pode esquecer que os altos níveis de mortalidade encontrados em todas as faixas etárias no Brasil estão ligados, em última análise, à maneira de viver, à qualidade de vida, desde a habitação até o saneamento e ao salário.

Euclides Scalco — Não há como, na área de saúde, fazer-se um plano de emergência para 100 dias. Todas as respostas encontram-se na mudança da própria estrutura. O que se pode fazer nos 100 dias é tomar uma decisão política para que se coloque a questão da saúde como prioritária.

Carlos Santana — Considero que a primeira medida a ser tomada relaciona-se com a estrutura da Previdência. Se queremos que a saúde seja um direito de todos, devemos rever toda a estrutura de financiamento da Previdência, e estabelecer, por exemplo, qual o percentual mínimo a ser alocado no setor saúde.

Outro tópico que considero fundamental é o da integração interinstitucional. A política de saúde é executada por instituições das mais diversas. A nível federal, pelo Ministério da Saúde, pelo Ministério de Assistência e Previdência Social através do INAMPS; pelo Ministério do Interior através dos programas de saneamento básico; pelo Ministério da Educação, com a rede de hospitais universitários, pelas Secretarias estaduais e municipais de saúde. Acho desejável que o INAMPS, a Central de Medicamentos e o Ministério da Saúde constituam de forma progressiva um único ministério.

Isto deve ser precedido da ampliação das ações integradas de saúde, que consiste num programa que articula os órgãos federais, estaduais e municipais para a execução coordenada das atividades de prevenção da doença e tratamento e reabilitação do doente. A integração imediata dos órgãos federais de saúde poderia gerar uma estagnação administrativa que dificultaria a tomada das urgentes decisões de que necessita o setor. Isto deve vir acompanhado de uma efetiva descentralização na execução de atividades ligadas à saúde da população. Os fundos estaduais devem ser criados para que se possa racionalizar e descentralizar a utilização de recursos. Os recursos disponíveis para a saúde são poucos, mas são mal gastos. O que hoje se gasta em saúde é um pouco inferior a 4% do PIB, o que é talvez um dos índices mais baixos do mundo. É verdade que a Inglaterra gasta 5% do PIB, mas gasta bem, gasta racionalmente.

José Noronha — Torna-se necessário definir as áreas de intervenção prioritária na política de saúde. Existe uma contradição entre a chamada provisão de serviços básicos de saúde e os serviços de alta

complexidade tecnológica. Quando se verifica que 28% da população brasileira encontram-se concentradas nas regiões metropolitanas, nas condições infra-humanas em que se acham esses aglomerados habitacionais, compreende-se porque a doença dessas populações é do tipo doenças crônicas. Por esta razão é que me pergunto até que ponto a ênfase na política de saúde deve estar dirigida à assistência médico-hospitalar?

Euclides Scalco — A medida imediata e que exige maiores estudos é a passagem da CEME (Central de Medicamentos) para o Ministério da Saúde, porque o que vemos é que o grande problema é a falta de medicamentos. A CEME foi organizada em 1971, com a finalidade de atender às populações que ganhassem menos de 3 salários mínimos. Dotando-se o Ministério da Saúde do órgão de produção de medicamentos, poderíamos atender à população mais carente. Para isto, no entanto, é necessário que haja uma co-gestão de recursos financeiros de forma descentralizada. Hoje, 73% dos recursos para a saúde são gastos pelo Governo Federal, 20% pelos Estados e 7% pelos municípios. E é no município que acontecem as coisas. Acho que a fusão dos serviços de saúde deve ser feita no momento apropriado, depois de ampla discussão.

Hésio Cordeiro — O Prefeito Ubaldo Dantas vive a realidade do município, da falta de integração entre as várias instituições do setor público na área da saúde. Como vê a proposta de unificação dos serviços de saúde?

Ubaldo Dantas — Aqui nessa mesa, somos do mesmo partido político, mas temos idéias diferentes. Não acredito na coordenação interinstitucional para chegarmos à fusão dos órgãos federais posteriormente, como propôs o Deputado Carlos Santana. Cada instituição irá defender sua área de poder, o que impedirá a fusão posterior. A solução está na unificação imediata do INAMPS com o Ministério da Saúde e, a partir daí, uma ampliação e desenvolvimento das ações integradas junto aos Estados e municípios.

Euclides Scalco — Parece que as colocações do Prefeito Ubaldo Dantas não contradizem o que eu disse. Na realidade, as coisas acontecem no município; o que é necessário é que se municipalize a aplicação dos recursos. É preciso que haja um poder descentralizado que não dependa de Brasília e nem da Capital do Estado. O INAMPS deve ir para o Ministério da Saúde. O obstáculo que o Prefei-

to Ubaldo Dantas levanta pode ser contornado por uma perfeita integração entre a área de saúde e da previdência. O objetivo fundamental é sabermos que a população está carente de recursos e não tem acesso aos serviços de saúde. O que deve acontecer no Governo Tancredo Neves, que é de mudança, é algo diferente do que ocorreu nos últimos anos, quando se tomaram decisões econômicas e políticas sem consulta às áreas interessadas.

A questão da unificação deve ser abordada globalmente: em primeiro lugar é necessário que se definam os recursos financeiros num orçamento unificado da saúde; em seguida, definam-se novos recursos para o setor, por exemplo, reformulando-se o Finsocial. A parcela de recursos desse Fundo destinado à saúde devem ser administradas pelos órgãos responsáveis pela saúde e não pelo BNDES.

Hésio Cordeiro — Gostaria de levar a discussão adiante. Qual o tipo de população e que tipo de atendimento deve ter prioridade na política de saúde?

Ubaldo Dantas — No final, esta pergunta pode ser respondida assim: depende de uma decisão política e, basicamente, de consciência. Isto porque é problema político o manejo do orçamento fiscal e monetário. Até agora, falou-se em tese na questão social, mas não se tratou a fundo do problema. O imposto de renda vai continuar estimulando que se gaste dinheiro no hospital, tendo desconto? O Governo continuará incentivando a rede privada de hospitais? Ou vai fazer crescer a rede oficial? Qualquer auditoria, em qualquer cidade, constatará a existência de atos médicos desnecessários. Se sairmos daqui e formos a um hospital, é certeza encontrar atos desnecessários, e que não são evitados por causa da orientação que se dá à política de saúde no País.

Euclides Scalco — Acho que neste momento é importante resgatar as conclusões do Primeiro Simpósio de Saúde no Brasil (1979). Concluiu-se que era necessário investir em recursos humanos, dar prioridade à universalização do atendimento, hierarquizar e regionalizar o atendimento. Não podemos mais continuar, por exemplo, a importar tomógrafos computadorizados, quando a necessidade do País é outra. Não podemos admitir, como está acontecendo agora, que se importem raios X e equipamentos eletrônicos altamente sofisticados para a rede hospitalar, exclusivamente porque há saldo na balança comercial. Torna-se necessário mudar a filosofia de ação do Governo. O Governo Tancredo Neves deve mostrar desde logo que vai ter uma nova prática e que dará novos rumos não somente à parte econômica da nação, mas na situação social.

José Noronha — Nessa linha que o Deputado Euclides Scalco acaba de salientar, já existem experiências em curso no Brasil que permitem vislumbrar algumas saídas para as questões aqui levantadas.

A experiência de integração do Centro Metropolitano de Belo Horizonte, as Ações Integradas de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, as Ações Integradas de Saúde na região metropolitana de São Paulo são exemplo de que alguma coisa

encontra-se em andamento. O princípio básico dessas ações integradas de saúde consiste em admitir que os recursos médico-assistenciais são patrimônio público; o segundo ponto de partida é reconhecer que cada região tem seu problema específico de saúde. Assim, por exemplo, o Rio de Janeiro teve que ser repartido em oito áreas, pois os problemas são diferentes em cada uma delas.

Ubaldo Dantas — Gostaria de acrescentar que não somente o conceito de centralização da decisão e da execução é que é errado. O conceito de produtividade ligado ao sistema de saúde também tem seus erros. A crítica que eu faço às ações integradas de saúde na maioria dos testados é que se baseiam na produtividade, sendo esses serviços comprados até do serviço público. O sistema de saúde somente poderá trazer benefícios à população quando for inspirado no conceito de custeio dos serviços.

Hésio Cordeiro — Em relação a este problema, quero discutir o problema do setor privado na saúde. A orientação do Governo Tancredo Neves parece ser a de não aumentar gastos públicos e reorientar a aplicação dos recursos do Estado. Sabidamente no setor hospitalar a inflação é mais alta do que na sociedade em geral. A inflação do setor hospitalar talvez esteja na ordem de 500 a 600%. Se o Governo adotar uma política de redução dos gastos públicos, como é que ficaria a rede pública de hospitais? E qual a repercussão na rede privada no que se refere ao seu financiamento? Como pensar, portanto, as relações entre o setor público e o privado, tendo em vista uma política econômica que vai procurar tirar o País das graves dificuldades em que se encontra?

Ubaldo Dantas — A principal dificuldade encontra-se na manutenção. Lembrou-me de que como Secretário de Saúde da Bahia pedia ao Ministério para não me arranjar dinheiro, por incoerente que possa parecer. Isto porque é uma prisão ter como fazer e não ter como manter.

Essa liberdade de saber quando é hora de fazer e quando é hora de manter deve ficar nas mãos dos municípios. A mentalidade vigente, porém, em vez de incentivar a manutenção e ampliação dos programas existentes, preocupa-se em incentivar e até obrigar o administrador a começar programas novos. A atividade privada, a meu ver, passará obrigatoriamente a ser regida por um regime de concessão. E como regime de concessão deverá estar integrada nos objetivos da política nacional de saúde. Se o hospital é de pediatria, não se espera que ele vá atender de forma indiscriminada a população adulta. Mas ele pode e deve ser utilizado em função de uma hierarquia do interesse público. Outro setor que necessita ser profundamente modificado é o da Previdência. A lei organizadora da Previdência coloca a saúde como um resto. Não prevê como gasto a saúde, pois não admite que a saúde da população esteja ligada à universalização de atos que vão desde o nascimento do cidadão até a morte.

Euclides Scalco — Acho que devemos afirmar a importância do setor privado na área de assistência médica no País. Já se disse que 2/3 dos leitos hospitalares no Brasil pertencem à rede privada. Deve

haver, portanto, uma coordenação entre a rede pública e a rede privada. Não podemos minimizar o papel da rede privada, mesmo porque não há condições no país, como supunham alguns projetos apresentados na Câmara dos Deputados, de assumir toda a rede de assistência médica. Estudos comprovam que os gastos de assistência médica de 1978 até 1984 caíram 13% no seu valor real. Se formos considerar a inflação, os números são fantásticos. É necessário que se redefina a política de contratação de serviços da rede prestadora de atendimento na assistência médica. Não se deve contratar leitos de hospitais porque a instituição tem um equipamento sofisticado.

A necessidade da população é que deve ser o ponto de referência para a redefinição da política de contratação, isto é, de alocação dos recursos do INAMPS. Deve-se privilegiar os hospitais de clínica geral, de obstetria. É preciso, também, ter uma política realista de preços. O trabalho do médico, o internamento hospitalar têm um custo. Atualmente a Previdência propicia com sua política o superfaturamento e práticas pouco recomendáveis. O problema deve ser enfrentado através do levantamento e estudos para que se tomem medidas concretas para que a rede pública, sustentada pelo INAMPS e a rede privada tenham condições de sobrevivência. Além disso, é preciso que aqueles que atuam na rede privada tenham consciência de que se torna necessário fazer um pacto entre o INAMPS e a rede prestadora de serviços tendo em vista os imperativos sociais.

Por que razão existem 344 mil leitos, mas só são necessários 166 mil para a previdência?

Isto quer dizer que o dinheiro público não pode, através do INAMPS, continuar a financiar a sofisticada prestação de serviços com o objetivo único da valorização dos pagamentos das faturas. Temos que assumir a condição de País pobre e fazermos o atendimento em função da simplificação dos serviços médicos. Não podemos fazer da doença uma fonte de lucros. O saudoso Gentile de Melo dizia que a medicina de assistência médico-hospitalar era um cheque ao portador. É evidente que os que trabalham nesta área devem ter um ganho financeiro compatível com seu investimento; mas não deve ser uma fonte de lucro e enriquecimento. A área privada deve estar atenta às determinações do órgão que suporta financeiramente estes serviços para atender às necessidades da população.

Carlos Santana — Acho que os números são bastante eloquentes para que se possa ter uma idéia da dimensão do problema da saúde no Brasil. Em termos de atenção a nível hospitalar, existem atualmente no País 3 mil 565 hospitais

privados, que dispõem de 344 mil 186 leitos. Nos hospitais públicos (federais, estaduais e municipais) existem 124 mil leitos. Isto quer dizer que a Previdência (INAMPS) contrata atualmente 195 mil 045 leitos. Esses leitos da Previdência, se forem ocupados com 85% de sua capacidade, podem gerar uma capacidade de internação de 1 milhão 805 mil internações-mês. A Comissão Interministerial do Planejamento da Assistência à Saúde (CIPLAN) fixou que as necessidades do País estão em torno de 74 mil internações-mês, o que ocuparia 166 mil leitos. Os hospitais privados dispõem de 344 mil 186 leitos, mas a Previdência considera que precisa apenas de 166 mil desses leitos.

Por que razão é que existem 344 mil leitos, mas só são necessários 166 mil para a previdência? Foi o resultado da política de saúde que incentivou a constituição de empresas e a construção de hospitais com empréstimos privilegiados. Isto gerou uma concentração de leitos nas regiões sul e sudeste. A pressão para internação na rede privada tem levado ao INAMPS gastar 60% dos seus recursos com internação no setor privado. Entretanto, deve ser assinalado que não se pode dispensar a rede privada para suprir a carência de leitos públicos. Seria mesmo temerário pensar em ampliar neste momento a rede de hospitais públicos. Antes de se pensar na ampliação da rede pública, deve-se diminuir a ociosidade dos hospitais públicos, tanto diminuindo o tempo de permanência do doente internado como aumentando a utilização dos leitos.

No caso dos hospitais públicos vários deles são de ensino onde os critérios são apenas o da produtividade do serviço. A questão básica nos hospitais públicos é a melhoria do seu atendimento, para que sirvam de parâmetro de avaliação da qualidade no setor privado. A racionalização de técnicas mais complexas na medicina deve obedecer à realidade econômica e social do País; por exemplo, as hemodiálises beneficiam cerca de 40 mil pacientes, implicando um custo quase igual ao da atenção primária que se destina a 40 milhões de pessoas.

Toda a política de saúde deve ser objeto de ampla discussão e avaliação por parte da sociedade e seus representantes. Os preços pagos pelo INAMPS devem ser analisados e discutidos com os interessados e a representação política da sociedade. Os preços que o INAMPS paga por um leito contratado na rede privada é tão baixo que se torna insuficiente para o atendimento adequado dos doentes. A baixa remuneração dos serviços provoca pressão do setor privado para aumentar o número de internações como uma fórmula de suprir a carência de recursos. A ação do poder público pagando de forma insuficiente acarreta, também, o comprometimento da qualidade do serviço médico na rede privada. Nesta linha de preocupação, não se pode ignorar o fato de que não existe atualmente uma política do pessoal na área da saúde. Em primeiro lugar, trata-se de garantir a carreira do profissional com critérios justos de promoção e, em segundo lugar, o salário digno para que o médico não necessite de ter diversos empregos para sobreviver. Deve haver um estímulo para a fixação dos profissionais jovens no interior com remuneração salarial significativa.